

DECLARACIÓN FINANCIERA FAMILIAR

DS 1235 - Spanish (Rev. 6/2000)

**LA INFORMACIÓN EN ESTA
DECLARACIÓN SERÁ CONFIDENCIAL**

LEA LO SIGUIENTE ANTES DE LLENAR ESTA DECLARACIÓN – Las Secciones 4677 y 4782 del Código de Bienestar e Instituciones requieren que los padres de niños menores de 18 años de edad paguen una cuota **basada en su capacidad de pagar**. La información provista ayudará a este Departamento a determinar su capacidad de pagar y a evaluar el nivel de pago que corresponda. Las cuotas de los padres se depositarán en el Fondo para el Desarrollo del Programa y se emplearán para brindar nuevos programas a las personas con discapacidades del desarrollo.

<input type="checkbox"/> DETERMINACIÓN INICIAL		<input type="checkbox"/> NUEVA DETERMINACIÓN		Fecha	
Centro Regional			Nº del Centro Regional		Nº Identificador Exclusivo del Cliente (UCI)
Nombre del cliente			Fecha de nacimiento		Nº del Seguro Social
Nombre y teléfono de la instalación de colocación					Fecha de colocación

SUS DATOS PERSONALES	(marque uno)		(marque uno)	
	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> PADRASTRO	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> MADRASTRA
Nombre completo (primero, inicial, apellido)				
Número del Seguro Social				
Fecha de nacimiento				
Lugar de nacimiento	(Ciudad/Estado)	(código postal)	(Ciudad/Estado)	(código postal)
Servicio militar (si corresponde)	(Rama)		(Rama)	
Número de serie				
Fechas de servicio				

SU DIRECCIÓN PARTICULAR	(Si los padres viven en la misma dirección – indique bajo el nombre del padre)			
Dirección o apartado postal				
Ciudad				
Estado y código postal		(código postal)		(código postal)
Teléfono particular	(código de área) ()		(código de área) ()	

SU TRABAJO	Marque el apartado si corresponde:		Marque el apartado si corresponde:	
	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Fallecido	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Jubilado
	<input type="checkbox"/> Desempleada	<input type="checkbox"/> Fallecida	<input type="checkbox"/> Discapacitada	<input type="checkbox"/> Jubilada
Cargo o profesión				
Empleador o nombre de la firma				
Dirección o apartado postal				
Ciudad				
Estado y código postal		(código postal)		(código postal)
Teléfono en el trabajo	(código de área) ()		(código de área) ()	

DATOS DE SUS ABUELOS	(Si los padres viven en la misma dirección – indique bajo el nombre del padre)			
Dirección o apartado postal				
Ciudad				
Estado y código postal		(código postal)		(código postal)
Teléfono particular	(código de área) ()		(código de área) ()	

LLENE LAS DOS PÁGINAS ANTES DE ENVIAR LA DECLARACIÓN AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL DESARROLLO

Indique su ingreso **BRUTO**. Ingreso bruto significa su ingreso antes de **cualquier** descuento o impuesto.

SU INGRESO FAMILIAR	PADRE o PADRASTRO		MADRE o MADRASTRA		CLIENTE	
Indique el Ingreso Bruto por fuente	Mensual o Anual		Mensual o Anual		Mensual o Anual	
1. Salario o sueldo						
2. Ingreso del empleo por su cuenta*						
3. Ingreso neto de alquileres/propiedades*						
4. Dividendos e intereses						
5. Ingreso de jubilación						
6. Seguro Social Beneficiario						
7. Beneficios o compensación de la VA Beneficiario _____						
8. Pagos de manutención de menores Nombre del niño _____ Beneficiario _____						
9. Ingreso por discapacidad o desempleo/Asistencia pública — AFDC <small>(marque uno con un círculo)</small>						
10. Otro ingreso Describa _____						
11. INGRESO BRUTO TOTAL						

*Si todo o parte de su Ingreso Bruto Familiar Anual proviene del trabajo por su cuenta o de bienes raíces en alquiler, adjunte una copia de la última *Planilla Impositiva Individual de los Estados Unidos (Formulario 1040)* con todas las secciones y adjuntos que presentó al Servicio de Rentas Internas.

CANTIDADES ANUALES

12. GASTOS MÉDICOS DEL CLIENTE: \$ _____
13. PARTE DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD/DENTAL QUE LE CORRESPONDE AL CLIENTE – No incluya las primas del seguro de vida: \$ _____
14. GASTOS DE ROPA DEL CLIENTE: \$ _____
15. NECESIDADES PERSONALES Y VARIOS DEL CLIENTE – Las cantidades anuales pagadas del ingreso bruto familiar para las necesidades personales y varios del niño con discapacidades del desarrollo: \$ _____
16. ESPARCIMIENTO Y ENTRETENIMIENTO DEL CLIENTE – Cantidad anual pagada del ingreso bruto familiar para el esparcimiento y el entretenimiento del cliente: \$ _____
17. GASTOS DE TRANSPORTE – Gastos de transporte razonables incurridos por los padres para visitar a un niño con discapacidades del desarrollo. Utilice 21 centavos por milla para calcular la cantidad reclamada o los costos de los billetes de autobús o de avión:

MILLAJE TOTAL QUE RECLAMA _____ \$ _____
18. GRAN GASTO INUSUAL – Debe estar documentado y contar con la aprobación del Departamento de Servicios del Desarrollo. Ejemplos: desastres naturales, pérdidas catastróficas no aseguradas, gastos médicos extremos, etc.: \$ _____
19. MANUTENCIÓN DE MENORES O DE CÓNYUGE QUE PAGÓ – Se **debe** proveer una copia del decreto final de divorcio que muestre el monto de la manutención de menores o del cónyuge: \$ _____

NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE DEPENDEN DEL INGRESO BRUTO TOTAL – Incluir al cliente:

Declaro que he examinado esta declaración y que, según mis mejores conocimientos y mi mejor creencia, es verdadera, correcta y completa.



Firma del padre o padrastro

Fecha



Firma de la madre o madrastra

Fecha